



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap

EDITORIAL semFYC

¿Que cómo va lo de la troncalidad?

How is european compatability progressing?

–Pues la verdad es que el asunto de la troncalidad y de las áreas de capacitación específica (ACE) ya viene de lejos, no es un «invento moderno». De las ACE se hablaba ya en el Real Decreto (RD) que regula la formación especializada mediante el sistema de residencia en 1984.

–Fíjate, a ver cómo te suena esto: «*La especialización sanitaria debe fundamentarse en los siguientes criterios: troncalidad de la formación postgraduada y de las especialidades, hecho que ha de permitir establecer un nivel más genérico que el actual en cuanto a la titulación y afianzar la vigencia de las áreas de capacitación específica. (...) Con ello también se podrá dar mayor flexibilidad al sistema formativo y al laboral de determinados especialistas, al mismo tiempo que puede facilitar cambios de orientación profesional de los mismos tras finalizar su periodo formativo.*» Pues es de un borrador de RD de 1987 que me dio Amando Martín Zurro.

–Y la cosa siguió: otro borrador de RD del año 2000 –este me lo dio Verónica Casado– pretendía regular las ACE. Por cierto, que ya creaba directamente 5 ACE: Enfermedades Infecciosas (partiendo de Medicina Interna y Microbiología Clínica), Neonatología (de Pediatría), Psiquiatría Infantil (de Pediatría y Psiquiatría), Foniatría (de Otorrinolaringología y Medicina Física y Rehabilitación) y Urgencias y Emergencias (de Medicina Interna, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Intensiva, Anestesiología y Cirugía General). Curioso, ¿verdad?

–Debe haber por ahí más intentos que no tengo localizados. Pero fue la publicación en el BOE de la Ley de Ordenación de la Profesiones Sanitarias (LOPS) en noviembre de 2003 la que inició la cuenta atrás para acabar con el modelo actual de formación de especialidades médicas: «*Las especialidades en Ciencias de la Salud se agruparán, cuando ello proceda, atendiendo a criterios de troncalidad. Las especialidades del mismo tronco tendrán un periodo de formación común de una duración mínima de dos años.*» La LOPS, además de tratar otros temas, regula aspectos de la troncalidad y de las ACE tales como procedimientos de creación, órganos que deben elaborar los programas de formación...

A partir de aquí se acelera el proceso y proliferan las reuniones y los papeles. En la Jornada de 2004 de Unidades Docentes (UDD) de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), que organiza cada año la Comisión Nacional, se aprobó un documento de propuestas sobre la troncalidad y las ACE, en el que se definieron los conceptos de competencias genéricas, transversales y específicas, se analizaron 5 modelos de construcción de la troncalidad y se propusieron 9 ACE relacionadas con MFyC.

También en varias Comunidades Autónomas (CCAA) se crean grupos de trabajo, y en 2006 se reúne por primera vez un grupo en el Ministerio de Sanidad con representantes del Ministerio de Educación y de las CCAA.

En 2008 se publicó un informe del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, que es donde están representadas las Comisiones Nacionales de todas las especialidades, elaborado mediante una técnica de consenso (Delphi), y en 2009 otro del Grupo de Trabajo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud. Finalmente, el Ministerio de Sanidad elaboró un proyecto de RD sobre troncalidad, ACE y reespecialización que, tras pasar por varias versiones, salió a trámite de alegaciones en julio de 2011.

Las UDD de MFyC, reunidas en la Jornada anual de marzo de 2011, se pronunciaron mediante el «Decálogo de buena planificación de la troncalidad». Y tras muchísimas alegaciones, declaraciones, comunicados e informes de Comisiones Nacionales, Sociedades científicas, Organizaciones Colegiales, CCAA y de todo el mundo, llegó el «20N» con las elecciones y mandó parar.

–¿Que por qué si ha opinado todo el mundo nadie está contento con lo que va saliendo? Creo que por varios motivos. Y vaya por delante que este proceso no ha sido en vano, ya que ha permitido que todos se sientan implicados y que estén de acuerdo con la troncalidad, aunque también es verdad que muchos dicen (o piensan) que «la troncalidad es muy buena, pero no para mi especialidad». Y es que a la gran mayoría les parecen bien la filosofía y los objetivos que se persiguen, tanto con la troncalidad como con las ACE y la reespecialización, que es en resumen **concebir**

la formación especializada como un continuo, desde la formación troncal (común a varias especialidades) a la específica (de una sola especialidad) y, en su caso, a la ACE y/o la adquisición de una nueva especialidad. Es decir, mediante las vías de reespecialización acabar con el «modelo peine» de especialidades aisladas, en el que si haces una segunda especialidad siempre hay que empezar desde abajo por muy afín que sea a la que ya tienes, como si no tuvieran nada en común. Y adaptarse a los cambios y avances científicos, tecnológicos y organizativos mediante ACE y no creando sistemáticamente nuevas especialidades, que somos los que más tenemos de Europa. Este enfoque trae de la mano numerosos beneficios:

- Flexibiliza el catálogo de especialidades evitando que sigan siendo compartimentos estancos aislados entre sí que encasillan a los profesionales, dificultándoles el abordaje multidisciplinar de los problemas de salud y la continuidad de la atención. Actualmente se llega en ocasiones al «alarde de ignorancia»: como eso no es de mi especialidad ni lo sé, ni me importa ni debo aprenderlo (aunque muchos de mis pacientes lo sufran).
- La elección de especialidad tras superar el periodo troncal hará que esta elección sea mucho más informada. Elegir especialidad por el generalmente escaso conocimiento que se adquiere de las existentes durante el grado propicia el error y los cambios.
- La troncalidad facilita que los residentes al finalizar la especialidad tengan un perfil profesional más amplio y una mayor adaptabilidad al mercado de trabajo.
- Las ACE permitirán adaptarse al progreso científico de manera reglada y racional, impulsando la alta especialización en los campos y centros en los que sea necesario y estimulando el desarrollo profesional.
- La reespecialización motivará a los profesionales, ya que les permitirá cambiar de contenidos y de ámbito de trabajo, facilitando además a los gestores la tarea de adaptar las plantillas a las necesidades reales. Ahora para cambiar hay que empezar de nuevo. Como ejemplo puedo decirte que de los residentes incorporados en 2011 a la Unidad Docente de MFyC de Sevilla, el 15% ya tenía otra especialidad.

—Sí, ya sé que me sigues preguntando lo mismo: si es tan bueno, ¿por qué hay tantos que protestan o quieren que no les toque: «virgencita virgencita, que me quede como estoy»? Pues como te decía antes, por varios motivos. Y pienso que la base de todos ellos ha sido la falta de liderazgo y de convencimiento profundo de los que podían o debían dirigir este proceso. Y, como consecuencia, no se ha sido capaz de despejar incertidumbres ni de generar acuerdos y consensos. Porque los temores son fundados, la verdad.

De entrada, el más importante es que disminuye el tiempo de formación específica de las especialidades, y no se ve claro que lo que se aprenda durante el tiempo de formación troncal «sirva» para la especialidad.

—¿Cómo dices? ¿Que después de ver cómo llegan los residentes tras 6 años de grado es lógico pensar que cualquier formación previa a la que tiene lugar en «mi servicio, o unidad o centro» no vale para nada?

—Pues tienes razón, a ver si no es para tener miedo. A lo mejor se hubiera despejado alguna duda si se hubiera sabido qué iban a aprender los residentes durante el tronco, o sea, qué competencias iban a adquirir durante ese tiempo. Para ello se crearon a finales de 2010 grupos de trabajo para avanzar en los contenidos de los diferentes troncos. Y aunque todos los participantes pusimos nuestra mejor voluntad y aprendimos muchas cosas, el funcionamiento de estos grupos no mejoró la situación de incertidumbre.

En primer lugar, porque no se propició una reflexión general que facilitara el consenso acerca de las características del producto que se quería sacar, lo que era muy necesario sobre todo en grupos grandes (casi 20 especialidades en el del tronco médico), ya que los participantes obtuvimos nuestras especialidades mediante el sistema de formación actual (especialidades aisladas unas de otras), con programas de especialidad que no explicitaban las competencias a adquirir, y muchos trabajando en hospitales de tercer nivel donde el reparto de tareas y la compartimentación es aún más acusada. Es decir, teníamos experiencias y conocimientos del sistema sanitario muy dispares.

Además, el texto base sobre el que había que trabajar estaba ordenado en su mayoría por patologías relacionadas con órganos y aparatos (patología cardiovascular, patología endocrina metabólica, etc.), lo que propiciaba que la mayoría se inhibiera a favor del experto (cardiólogo, endocrino...), con alguna pincelada de los especialistas más generalistas: familia, interna, intensivistas...

Por otra parte, es difícil imaginar qué tiene que saber hacer un médico que termina un tronco. Pero como se prohibió en los grupos hablar de por dónde podrían rotar los residentes para adquirir esas competencias (entornos de aprendizaje), ni siquiera podíamos ayudarnos pensando qué tendrían que hacer en cada sitio por donde rotasen.

Parecía que lo único importante era sacar un papel, y cuanto más rápido y resumido mejor. De manera que se impuso la actitud más conservadora (y defensiva): el tronco debe contener los 2 primeros años de mi especialidad, y los residentes de tronco deben saber hacer lo que hacen los R-1 y R-2 de mi unidad docente en mi hospital (o servicio, o centro).

Así que, con ese producto en la mano, donde no se concretaban ni competencias que había que adquirir, ni entornos de aprendizaje (rotaciones, guardias rurales, hospitalarias...), la incertidumbre no se despejaba sino que, más bien, crecía.

Y los temores aumentaron cuando las únicas cosas que parecían concretarse eran las que daban al traste con algunas de las ventajas más importantes de la troncalidad, como poner la elección de especialidad antes del tronco. No solo se pierde la elección informada, sino que el residente troncal sería ya de una especialidad, sentiría que pertenece a un servicio, centro o unidad pero que no lo dejan integrarse en él «por culpa del que sea que ha inventado esta travesía previa de 2 años perdidos».

Pero lo que colmó la paciencia fue lo de sacar un proyecto de RD creando 4 nuevas especialidades, yendo en sentido contrario a la lógica del proceso y al sentido común. ¿Que íbamos a articular troncos, especialidades, ACE, reespecialización...? Pues al revés: 4 especialidades más, encajen o no. Y a lo mejor había que crearlas, pero

como resultado del desarrollo del proceso y no de una arbitrariedad.

En resumen, que no hay nada decidido, ni siquiera las especialidades que conformarían cada tronco, ya que muchas han ido entrando y saliendo según se acordaba en cada momento.

—¿Decepción? No, porque el trabajo hasta ahora ha sido enriquecedor aunque creo que los papeles producidos no lo ponen de manifiesto. Más bien ilusión de poder culminar la tarea.

Y oye, si te interesa algún documento de los que te he hablado no tienes más que escribirme: epifanio@samfyc.es

Epifanio de Serdio Romero
Jefe de Estudios de la Unidad Docente de MFyC de Sevilla.
Vocal de la Comisión Nacional de MFyC en representación
de semFYC. Miembro de los grupos de trabajo del tronco
médico y de competencias genéricas
Correo electrónico: epifanio@samfyc.es